Aus dem Frauenspital Basel-Stadt
Direktor: Prof. Dr. A. Labhardt

Beitrag zur Therapie der Placenta praevia

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der
hohen medizinischen Fakultät
der
Universität Basel

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

vorgelegt von

Oscher Gleiberson
von Pinsk (Russland)

1921
Buchdruckerei Brin & Co., Spalenvorstadt 9, Basel

Von der medizinischen Fakultät Basel genehmigt
auf Antrag von Prof. Dr. *A. Labhardt.*

Mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät Basel ist die vorliegende Dissertation in abgekürzter Weise gedruckt. Der vollständige Text befindet sich in einem Exemplar an der Schweizerischen Landesbibliothek, in zwei Exemplaren an der Basler Universitäts-Bibliothek, in einem Exemplar im Frauenspital Basel.

Meiner Lebens-Gefährtin Blume gewidmet.

Die modernen Behandlungsmethoden der Placenta praevia können in zwei grosse Gruppen eingeteilt werden: in die konservative, zu der Tamponade, Metreurhyse, Blasenstich, kombinierte oder innere Wendung, Herunterholen eines Beines und desgleichen, jede für sich oder miteinander verschieden kombiniert, angehören, und die operative Methode, zu der der klassische und der suprasymphysäre Kaiserschnitt, die Hysterotomia vaginalis anterior (vaginaler Kaiserschnitt) und die Porro'sche Operation gehören.

Der abdominelle Kaiserschnitt wurde bekanntlich bei Placenta praevia im Jahre 1894 zuerst von den amerikanischen Geburtshelfern in die Praxis eingeführt. In Deutschland fand er in Krönig [7] und Sellheim [13] die eifrigsten Anhänger. Die aber von ihnen zuerst erzielten ungünstigen Resultate veranlassten sie, dem Kaiserschnitte gegenüber zurückhaltender aufzutreten und ihn nur in bestimmten Fällen zu empfehlen. In diesem Sinn äusserten sich darüber Davis (Philadelphia) [4], Fry (Washington) [5], Narris (Philadelphia) [10]. Cragin (New-York) [11], hält den Kaiserschnitt, wie Stein [12] in der Versammlung der American Gynecological Society Mai 1912 berichtete, in keinem Fall für angezeigt. Sellheim konnte allerdings in den von ihm mittels des Kaiserschnittes behandelten 11 Fällen vollständigen Erfolg erzielen.

In den Schlussbetrachtungen der von Max Arnold [1] im Jahre 1914 veröffentlichten Abhandlung „Zur Behandlung der Placenta praevia" heisst es über die verschiedenen Methoden der Behandlung u. a. wie folgt: „Es wogt ein Streit der Meinungen hin und her, die Kämpfer sammeln sich in zwei Lagern, in einem mehr konservativen und in einem mehr chirurgischen, wo man den Sturm mit dem Messer liebt. Als dritte Gruppe spaltet sich diejenige der praktischen Hausgeburtshelfer ab, welche aus naheliegenden Gründen den rein chirurgischen Methoden ferne stehen muss. So scheint sich auf diesem Spezialgebiet der Behandlung der Placenta praevia ein dreifaches Schisma entwickelt zu haben."

Diese Ausführungen mögen im Jahre 1914 zutreffend gewesen sein. Es braucht immer Zeit, bis sich eine neue Idee durchgesetzt und allgemeine Anerkennung erzwungen hat. Diese Regel gilt

auch für das Gebiet der Medizin. Es geht nicht ohne Geburtswehen ab. Heutzutage stehen allerdings die Verhältnisse insofern anders, als die Erfahrung der letzten Jahre auf diesem Gebiete, speziell auf dem des Kaiserschnittes, die Heftigkeit des Streites um dieses Problem zu dämmen vermocht hat. Den in den letzten Jahren erzielten günstigen Ergebnissen ist es zu verdanken, dass sich um die Idee des Kaiserschnittes bei Placenta praevia eine Schar von Freunden und Anhängern gesammelt hat. Schon Sellheim konnte seinerzeit einen ansehnlichen Erfolg von 11 mit dem Kaiserschnitte behandelten Placenta praevia-Fällen ohne mütterliche und kindliche Mortalität aufweisen.

In der im „Zentralblatt für Gynäkologie" im März 1918 veröffentlichten Arbeit von Rudolf Th. v. Jaschke (Giessen) [6], „Die Leistungsfähigkeit der abdominellen Schnittentbindung bei Placenta praevia" wird von 27 Fällen ohne mütterlichen und kindlichen Todesfall berichtet, und es wird dagegen zum Vergleich festgestellt, dass in den vorher mittels Metreurhyse behandelten 25 Fällen 1 Mutter (4 %) und 14 Kinder (56 %) verloren gegangen sind. Es sind daselbst 125 Fälle von Kaiserschnitt bei Placenta praevia bei verschiedenen Autoren angeführt, welche insgesamt einen mütterlichen Verlust von 3,2 % und eine relative kindliche Mortalität von nur 1,6 % aufweisen. Momm [9] konnte mit dem Kaiserschnitte in 61 Fällen 61 lebende Kinder zur Welt bringen. Die Grösse dieses Erfolges bedarf keiner Erläuterung. R. v. Jaschke ist der Ansicht, dass „schon nach den bisher vorliegenden Ergebnissen erwiesen ist, dass die abdominelle Schnittentbindung dasjenige Verfahren ist, welches bei der Behandlung der Placenta praevia die geringste mütterliche und kindliche Mortalität ergibt".

Auf Grund eingehender Vergleichung der Ergebnisse der Krönigschen Klinik mit denen anderer Kliniken gelangt Momm („Kaiserschnitt bei Placenta praevia in der klinischen Geburtshilfe") zu folgenden Schlussätzen: „Wer in klinischer Geburtshilfe Mutter und Kind zu retten trachtet, muss die kombinierte Wendung ebenso verwerfen, wie die Metreurhyse, die beide für die Mutter ungenügende, für das Kind schlechte Resultate ergeben. Die anatomischen Untersuchungen Aschoffs [2] sind von zahlreichen Nachuntersuchungen bestätigt worden, können also als allgemein gültig ausgesprochen werden. Sie haben die relative kontraktile Insuffizienz

der gedehnten Isthmuswand bei Placenta praevia isthmica ergeben und lassen alle Operationen, die den Isthmus dehnen, als unzweckmässig erscheinen: kombinierte Wendung, Metreurhyse, vaginaler sowie cervikaler Kaiserschnitt. Am besten entspricht allen Anforderungen der korporeale Kaiserschnitt. Es ist die blutsparendste Methode. Die Blutungsgefahr ist am grössten nach Geburt des Kindes bei der Wendung und Metreurhyse. Auch der vaginale Kaiserschnitt hat wiederholt zum Verblutungstod geführt infolge der erwähnten anatomischen Verhältnisse der Isthmuswand. Der korporeale Kaiserschnitt ergab in 61 Fällen 61 lebende Kinder."

Nachdem wir diesen Stimmungsumschwung, welcher sich zu Gunsten der operativen Behandlung der Placenta praevia vollzogen hat, kennen gelernt haben, wollen wir uns zur Betrachtung unserer Fälle wenden, um auf Grund der im Basler Frauenspital gemachten Erfahrungen einen Schluss zu ziehen und unsere Ansicht darüber zu äussern.

Im Intervalle vom 15. Oktober 1916 bis 15. Juli 1920 haben im Frauenspital Basel-Stadt 5476 Geburten stattgefunden, darunter 31 Fälle von Placenta praevia, gleich 0,56 %, also 1 Fall auf 176 Geburten. Sie verteilen sich auf die 3 Arten folgendermassen:

Placenta praevia totalis	12	= 38,7 %
„ „ lateralis	11	= 35,4 %
„ „ marginalis	8	= 25,9 %

Bezüglich der Zahl der Geburten verteilen sich die Gebärenden:

I	para	in 4	Fällen	= 13,00 %	
II —V	„	„ 15	„	= 48,00 %	87,00 %
VI—X	„	„ 8	„	= 26,00 %	
XI—XV	„	„ 4	„	= 13,00 %	

Es kommen somit 13 % Erstgebärende auf 87 % Mehrgebärende, eine Bestätigung der bekannten Tatsache, dass Mehrgebärende viel häufiger von Placenta praevia betroffen werden.

Von diesen 31 Fällen wurden behandelt:

konservativ	17	= 54,84 %
mit dem Kaiserschnitt	14	= 45,16 %

Unter ihnen fanden sich:

Kopflagen	27	= 87,1 %
Beckenendlagen	1	= 3.2 %
Querlagen	3	= 9,7 %

Die Kopflagen betragen nach Bumm [3] 96 % bei normaler Geburt, die Beckenendlagen 3 % und die Querlagen 0,5 %. In unserem Fall sind also die Kopflagen vermindert, die Beckenendlagen unbedeutend erhöht; der Prozentsatz der Querlagen sehr erhöht, ist jedoch im Vergleich mit der von Arnold angegebenen Zahl von 25,5 % gering.

Die zur Anwendung gelangten Behandlungsmethoden und das Ergebnis der Behandlung für Mütter und Früchte sind aus nachstehender Tabelle zu ersehen:

		Wendung 5	Eihautstich 2	spontan 10	Kaiserschnitt 14
Mütter	geheilt	3 = 60 %	2=100 %	10=100 %	13 = 93 %
	tot	2 = 40 %	0= 0 %	0= 0 %	1 = 7 %
Kinder	leben	2 = 40 %	2=100 %	6=54,5%	12=85,8%
	tot	3 = 60 %	0= 0 %	5=45,5%	2=14,2%

Die Mortalitätstatistik bei der konservativen und operativen Behandlung lässt sich folgendermassen zusammenfassen:

		konservative	operative
Mütter		2 = 11,7 %	1 = 7 %
Kinder	absolut	8 = 44,4 %	2 = 14,2 %
	relativ*)	5 = 27.7 %	0 = 0 %

Wie daraus zu ersehen ist, war unter den mit dem Kaiserschnitt behandelten 14 Fällen 1 mütterlicher Todesfall (Pleuritis und Lungenabscess) zu verzeichnen. Es erscheint jedoch zweifelhaft, ob der Kaiserschnitt an sich schuld daran war, und ob die letale Komplikation nicht auch ohne die Schnittentbindung eingetreten wäre. Der Vergleich der Mortalitätsstatistik in beiden Gruppen spricht entschieden für den Kaiserschnitt.

Wenn die Statistik die Ueberlegenheit der Schnittentbindung gegenüber den geburtshilflichen Massnahmen bei Placenta praevia beweist, so müssen auch die theoretischen Ueberlegungen über den Hergang der Geburt in beiden Fällen den Grund dafür erklären.

*) d. h. mit Abzug der nicht lebensfähigen Kinder.

Normalerweise inseriert die Placenta im oberen Teil des Uterus, sodass sie sich mit ihrem grössten Durchmesser etwa in der Höhe der Tubenansätze befindet. Sie liegt dann in demjenigen Teil des Uterus, der sich unter der Geburt kontrahiert.

Unter pathologischen Bedingungen, deren Ursache uns im einzelnen Falle nicht immer klar ist, inseriert die Placenta weiter unten, im Bereich desjenigen Teile des Uterus, der unter der Geburt gedehnt wird. Es kann dabei ein mehr oder weniger grosser Teil des Fruchtkuchens in diesem Gebiete liegen. Von vornherein ist dieser Insertionsansatz gegenüber dem normalen im Nachteil: denn erstens ist die Wandstärke des Uterus hier eine geringere und die Schleimhaut dünner, für die Aufnahme des Eies weniger geeignet.

Solange der Uterus ruht, sind meist keine Symptome vorhanden und die Schwangerschaft verläuft daher meist ungestört, bis zu dem Augenblick, wo er anfängt zu arbeiten, sich zu kontrahieren. Schon leichte Zusammenziehungen, Vorwehen, die der Frau gar nicht als Schmerz zum Bewusstsein gelangen, bringen eine gegenseitige Verschiebung der Placenta und des Uterus zu stande, infolge deren ein Losreissen des Fruchtkuchens und eine Blutung entsteht.

Die Verschiebung der Placenta am Uterus erfolgt unter dem Einfluss der Wehen in zwei verschiedenen Richtungen: die aequatoriale und die meridionale. Die erste kommt dadurch zustande, dass immer grössere Partien des Eies, resp. der Frucht, in das untere Uterinsegment hineingeschoben werden. Die andere, die meridionale Verschiebung entsteht dadurch, dass die muskulöse Uteruswand sich am Ei, d. h. an der Placenta, retrahiert. Durch beide Arten der Verschiebung erfolgt eine Loslösung der Placenta von ihrer Haftfläche. Die intervillösen Räume werden eröffnet, oder es wird ein Randsinus der Placenta zerrissen; die Folge ist eine Blutung.

Die Aufgabe der Therapie ist es, die Blutung zu stillen in denjenigen Fällen, wo sie bedrohliche Gestalt annimmt. Dazu stehen nun verschiedene Methoden zur Verfügung.

Das Einfachste ist der Blasenstich: wir erreichen dabei zweierlei: Zunächst wird durch das Zerreissen der Blase die Kontinuität des Eies zerstört, dadurch fällt bei den Wehen die meri-

dionale Verschiebung der Placenta an der Uteruswand fort; denn vom Augenblick des Blasenstiches an verschiebt sich die Uteruswand nicht mehr an der Placenta, sondern mit der Placenta. Ausserdem wird — eine Längslage vorausgesetzt (nur unter dieser Bedingung ist der Blasenstich zulässig) — der vorliegende Teil meist bald tiefer gedrängt: er drückt daher die Placenta an die Uteruswand und verhindert so eine weitere Blutung.

Dies genügt nun aber nicht in allen Fällen; vielmehr muss, namentlich wenn grössere Teile der Placenta vorliegen, ein energischeres Andrücken der sich lösenden Placenta an die Uteruswand stattfinden, um die Blutung zu stillen; dies geschieht nach der Wendung (Braxton-Hicks) und nach der Einführung eines Ballons (Champetier de Riebes, Müller). Wenn auch diese Massnahmen eine Stillung der Blutung in weitgehendem Masse ermöglichen, so haben sie dafür den Nachteil, dass sie, eben durch die energische Kompression der Placenta, die Ernährung und Atmung der Frucht wesentlich beeinträchtigen; infolge dieser Störungen geht das Kind häufig zugrunde. Die Rettung der Mutter wird also mit dem Tode des Kindes bezahlt.

Metreurhyse und nachfolgende Wendung, sowie die Wendung nach Braxton-Hicks sind ausserdem Eingriffe, die speziell bei Placenta praevia, wo die Möglichkeit einer Infektion der gefährdeten Placentarstelle sehr nahe liegt, auch von diesem Standpunkte aus nicht ganz ungefährlich sind.

Das schlimmste ist jedoch, dass mit der Geburt des Kindes die Gefahr noch nicht vorbei ist, dass sie vielmehr jetzt gerade erheblich wird. Die distendierten Partien der Wand des unteren Uterinsegmentes, an den die Placenta sass, sind meist ausser Stande, sich genügend zu kontrahieren; diese Partien sind also atonisch, trotzdem vielleicht der übrige Uterus sich gut kontrahiert; es blutet also aus der atonischen Placentarstelle und zum Blutverlust der Geburt kommt noch der Blutverlust der Placentarperiode und der Folgezeit. Beides ist für viele Frauen zu viel.

Dazu kommt noch als weiterer Uebelstand, dass die Placenta im unteren Uterinsegment, wo die Schleimhautverhältnisse für die Insertion ungünstige waren, oft adhaerent ist — ein Grund mehr für die Blutung, wenn sich der Fruchtkuchen nur teilweise ablöst.

Die Erfahrung lehrt, dass die Frauen an der Blutung meist erst nach überstandener Kindes-Geburt zu Grunde gehen, daran ist die mangelhafte Kontraktion der distendierten Uteruspartien schuld.

Eine rationelle Therapie muss also dafür sorgen, dass diese Distension des unteren Uterinsegmentes vermieden werde. Dies kann nur dadurch geschehen, dass der Uterus zu einer Zeit entleert wird, wo das untere Uterinsegment noch nicht gedehnt ist: durch den Kaiserschnitt in den früheren Stadien der Geburt.

Nicht nur wird durch den Kaiserschnitt die Distension vermieden, sondern wir umgehen damit auch die Gefahr, allfälliger Risse im Gebiete der distendierten morschen Partien.

Ist somit der Kaiserschnitt für die Mutter die einzig rationelle Therapie (vorausgesetzt, dass es sich um schwerere Fälle handelt), so ist er auch für das Kind von grösstem Vorteil, indem wir keine Kompression der Placenta mit seinem eigenen Körper oder mit einer Blase benötigen. Das Kind kommt also nicht mehr in die Gefahr, an Erstickung zugrunde zu gehen. Das beweist auch unsere kleine Statistik zur Evidenz.

Soll aber der Kaiserschnitt wirklich für die Mutter einen Vorteil bedeuten, so muss die Infektionsgefahr ausgeschaltet werden. Der Genitaltraktur der Frau muss unberührt sein; die Patientin soll vor dem Eingriff nicht vaginal untersucht worden sein und viel weniger tamponiert, damit weder eine exogene noch eine endogene Infektion entstehe. Die Diagnose der Placenta praevia lässt sich bekanntlich auch ohne innere Untersuchung stellen!

Sollte bei Gelegenheit der Sektion die Placentarlösung notwendig werden, so kann dieselbe von der Uteruswunde her mit Leichtigkeit gelöst werden und vom bakteriologischen Standpunkte aus jedenfalls auf einwandfreiere Weise, als wenn die lösende Hand erst noch durch die stets keimhaltige Scheide hindurchgehen muss.

Die beiden Hauptgefahren, die Blutung und die Infektion, werden also durch den Kaiserschnitt in weitgehendem Masse herabgesetzt. Dass bei einer Operation, wie es der Kaiserschnitt ist, die Periode der Wundheilung, d. h. das Wochenbett, nicht

selten mit Temperatursteigerungen einhergeht, kann nicht verwundern; dieser Umstand kann dem richtigen Prinzip keinen Abbruch tun.

Mit diesen Ausführungen ist gesagt, dass die Behandlung der Placenta praevia in ein Spital gehört und nicht ins Privathaus. Sie ist eine so schwere Geburtskomplikation, dass dieses Erfordernis kaum einer weiteren Begründung bedarf. Wo zwei menschliche Leben auf dem Spiele stehen, so ist wohl das Beste eben gut genug. Es unterliegt keinem Zweifel, dass eine Besserung der Prognose der Placenta praevia nur auf diesem Wege zu erreichen sein wird.

Zum Schlusse möchte ich Herrn Professor Dr. Labhardt, für die bereitwillige Ueberlassung des Materials, ihm und Herrn Dr. Hüssy für die Unterstützung bei der Arbeit meinen besten Dank ausgesprochen haben.

Literatur:

1. **Arnold, M.:** Zur Behandlung der Placenta praevia, Diss. 1914.
2. **Aschoff:** zitiert nach Momm.
3. **Bumm:** Grundriss der Geburtshilfe.
4. **Davis:** zitiert nach Stein.
5. **Fry:** „ „ „
6. **v. Jaschke:** Die Leistungsfähigkeit der abdominellen Schnittentbindung bei Placenta praevia, Zentralblatt für Gynäkologie 1918, No. 10.
7. **Krönig:** Verhandlungen der deutschen Ges. für Gynäkologie, Bd. XIII.
8. **Labhardt:** Gefahren und Therapie der placenta praevia, Corresp.-Blatt für Schw. Aerzte, 1917, No. 40.
9. **Mumm:** zitiert nach Stickel.
10. **Narris,** zitiert nach Stein.
11. **Cragin,** zitiert nach Stein.
12. **Stein:** Brief aus Amerika. Referate. Monatsschr. f. Geb u. Gyn. Bd. 25.
13. **Sellheim:** zitiert nach v. Jaschke.
14. **Stickel:** Placenta praevia, Franz u. Veit. Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geb. und Gyn. 1916.